

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Л. А. Козлов, В. С. Добронецкий, Н. С. Полякова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Внимание акушеров-гинекологов к методу рефлексотерапии привлекают возможность уменьшения фармакологической нагрузки на организм беременной и плода, отсутствия при квалифицированном применении нежелательных побочных эффектов. Рефлексотерапия может быть также методом выбора при наличии непереносимости ряда фармакологических соединений. Она повышает защитные свойства организма, оказывает нормализующее действие на тонус и реактивность вегетативного отдела нервной системы, нормализует деятельность эндокринных желез, в частности половых, регулирует тонус мышц. Доказано, что этот метод значительно влияет на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему организма [5]. Механизм ее действия связан со взаимодействием на разных уровнях нервной системы эффектов стимуляции кожи в области активных точек с нормальными или патологически измененными нейрональными процессами, обеспечивающими регуляцию висцеральных систем. Репродуктивная система женщины является наиболее оптимальным объектом иглорефлексотерапии, обеспечивающей нормализацию нарушенных функций за счет внутренних резервов.

Известно, что зародыш особенно чувствителен к действию повреждающих факторов, в том числе фармакологических препаратов, в период имплантации и органогенеза, когда образуются зачатки органов и совершаются сложные процессы морфологической, биохимической и других форм дифференцировки.

Неукротимая рвота беременных. Данное заболевание относится к числу наиболее частых и тяжелых осложнений беременности с момента ее наступления и до 12 нед. У беременных, страдающих рвотой, часто наблюдаются преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, а безуспешность лечения нередко заставляет прибегать к производству искусственного аборта. Ряд авторов указывают на высокую эффективность иглорефлексотерапии при рвоте беременных. Л. И. Машкова и Т. А. Бабицкая [14] применили этот метод с хорошим результатом путем седатирования акупунктурных точек в сочетаниях по Е. Д. Тыкочинской и Чжу-Лянь [20, 22]: E36-цзю-сань-ли, G14-хо-гу, VC12-чжун-вань; VC12-чжун-вань, MC6-ней-гуань, RP6-сань-инь-цзю; E36-цзю-сань-ли, VC12-чжун-вань, MC6-ней-гуань, F13-чжан-мень. Авторы рекомендуют от 2—3 сеансов при легкой степени до 7—10 при тяжелой.

Хороший эффект от иглорефлексотерапии отмечен при раздражении акупунктурных точек в следующих сочетаниях: VB-14-ян-бай, E36-цзю-сань-ли, VC12-чжун-вань, MC6-ней-гуань, RP6-сань-инь-цзю [2]. В тяжелых случаях раннего гестоза беременных проводили по 10 сеансов иглорефлексотерапии, воздействуя на акупунктурные точки MC6-ней-гуань, MC8-лао-гуань, RP6-сань-инь-цзю с одновременным раздражением аурикулярных точек AP-55-шень-мень, AP-58

(сексуальной) и AP-22 (желез внутренней секреции) [3]. Кроме того, при рвоте беременных используют акупунктурные точки: F13-чжан-мень, F14-ци-мэнь, R21-ю-мэнь, V21-вей-шу, E21-лянь-мэнь; P6-кун-цзуй, VG20-бай-хуэй, VC12-чжун-вань, VC14-шань-вань, VG17-нао-ху, V17-ге-шу, F13-чжан-мень [24]; E9-жень-инь, RP4-гунь-сунь тонизировать и VC14 цзю-цзюэ прижигать от 3 до 11 мин [7].

Л. А. Козлов и другие авторы [11] лучший и быстрый эффект при рвоте беременных наблюдали при раздражении точек E36-цзю-сань-ли, G14-хе-гу и VC12 чжун-вань. После 2—3 сеансов рвоту снимали или уменьшали до 1—2 раз в сутки. Восстанавливались сон, аппетит, масса тела, показывали гемодинамику.

Невынашивание беременности. К тяжелой акушерской патологии относится и недонашивание беременности, нередко влечащее лишующее женщину радости материнства. Оно является основной причиной повышения перинатальной смертности, что определяет не только клиническое, но и социальное значение данной проблемы. Трудность лекарственной терапии в период беременности заключается в том, что практически все лекарственные препараты переходят через плаценту в кровь матери, а затем и в органы плода. Хотя концентрация лекарственных препаратов в крови плода ниже, чем в организме беременной, однако их метаболизм у плода несовершенен в связи с незрелостью ферментных систем печени и других органов, ответственных за инaktivацию и выведение метаболитов фармпрепаратов. Электрокардиографическими исследованиями во время беременности и родов ни в одном случае не отмечено какого-либо отрицательного влияния рефлексотерапии на плод и мать [8].

Г. М. Воронцова [6] разработала и применила метод иглорефлексотерапии для снятия сократительной функции матки в разные сроки беременности, воздействуя на точки E36-цзю-сань-ли, TR5-вай-гуань, F2-синь-цзянь. При наличии у беременной гипотонии сеансы начинали с точек E36-цзю-сань-ли перекрестно с TR5-вай-гуань, при нормальном АД — с F2-синь-цзянь перекрестно с TR5-вай-гуань. Сохранение беременности автором достигнуто в 95,6% случаев.

Дифференцированную схему использования карпоральной иглорефлексотерапии при угрожающем и начавшемся самопроизвольном abortе стационарно и амбулаторно в виде микроигл предложила А. И. Любимова [12]. А. Ф. Фаркин и соавт. [9] проводили при угрозе прерывания беременности курс иглорефлексотерапии от 5 до 12 процедур с помощью серебряных игл в точки R2-жань-гу, R6-чжао-хай, R3 тай-си, RP6 сань-инь-цзю, RP9 ин-линь-цюань. Авторы применили 1 и 2-й варианты тормозного метода (T1 и T2) и после 3 сеансов отметили полное прекращение схваток, а после 5—6 — полное исчезновение возбудимости матки. Хорошие результаты были получены в результате воздействия на точки RP6 сань-инь-цзю, MC5 цзянь-ши, R6 чжао-хай

в комплексе с известными медикаментозными препаратами, что позволило снизить фармакологическую нагрузку [4].

По представлениям древневосточной медицины самопроизвольный аборт и преждевременные роды соответствуют синдрому пустоты печени и почек, поэтому рекомендуется тонизировать в течение 30 мин. точки RP6 сань-инь-цзяо, R7 фу-лю, F3 тай-чун; седатировать или сильно прижигать точки R13 цзи-сюе и E36 цзу-сань-ли [7]. Для токолитического эффекта в качестве подготовки к наложению шва при истмико-цервикальной недостаточности и после него нами с успехом используются точки F2 синь-цзянь и F3 тай-чун. Тормозящее влияние на сократительную деятельность матки рефлексотерапии подтверждено результатами определения активности ферментов лактат-дегидрогеназы, креатинкиназы, щелочной фосфатазы [16].

Угроза нарушения беременности сопровождается повышением тонуса вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатического влияния [13]. Рефлексотерапия устраняет вегетативную асимметрию, вегетодистонию, вегетоневрологические нарушения, что вызывает нормализацию функций внутренних органов, эндокринных желез и гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового адаптационного комплекса. Подтверждением этого является положительный эффект крапипунктуры при воздействии на высшие вегетативные центры [18]. Механизм положительного влияния рефлексотерапии при невынашивании связывают с действием серотонина на матку прямо или опосредованно через нервную систему [1]. При угрозе прерывания беременности уровень серотонина увеличивается, а при иглорефлексотерапии достоверно снижается [9]. Представляет интерес также применение микроигл для амбулаторного лечения невынашивания, что позволяет не только сохранять беременность, но и дает высокий экономический эффект [12, 16].

Аномалия родовой деятельности. Нарушение сократительной функции матки встречается в 19,4% случаев от общего числа родов [15] и приводит к тяжелым осложнениям — к асфиксии плода (21,4%), родовой травме (10,8%). Эти осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной патологии по материалам ВОЗ.

Акушерам известны затруднения в выборе лекарственных средств для коррекции нарушений сократительной функции матки в связи с возможным неблагоприятным влиянием медикаментов на плод, а также на мать. При данной патологии целесообразно применять иглорефлексотерапию, поскольку у матери осложнения беременности протекают на фоне тяжелой экстрагенитальной патологии и лекарственной непереносимости.

Методика иглорефлексотерапии для стимуляции сократительной деятельности матки разработана В. С. Степановым и соавт. [19] и заключается в воздействии на точки VC 2-цой-гу, VC4-юань-юань, R11 хен-гу на глубину 1,5—3 см до глубоких мышц передней брюшной стенки. Наиболее эффективными оказались такие сеансы рефлексотерапии, которые были начаты не позднее 6—12 ч от начала родовой деятельности на фоне амниотомии и своевременного полноценного отдыха.

С целью возбуждения родовой деятельности применяют электроакупунктуру в точки RP1-инь-бай, RP6-сань-инь-цзяо, VC2-цой-гу, VC7-

инь-цзяо и R11 хен-гу [21]. С. И. Ярош [23] считает, что воздействие на точки VB3 шан-гуань и VB 4 хань-янй приводит к хорошему сокращению матки. При слабой родовой деятельности рекомендуют также тонизировать точки GI 4-хэ-гу, V67 чжи-инь, VC-4 гуань-юань, седатировать точку RP 6 сань-инь-цзяо [7].

Как известно, о готовности матки к родам судят по зрелости шейки. Для ускорения подготовки шейки матки к родам воздействуют на точки RP1-инь-бай, RP6-сань-инь-цзяо, RP9-инь-линь-цюань и RP-12. Кроме того, длительное раздражение золотыми иглами точек AP-58 (сексуальной) и AP-32 (яичка) оказывает идентичный, но более быстрый эффект наступления зрелости шейки [23].

Мы проводили подготовку шейки матки методом рефлексотерапии при необходимости преждевременного родовывызвания и получили созревание шейки через 4—5 дней.

Механизм воздействия рефлексотерапии осуществляется по принципу сенсорно-висцерального рефлекса с возможным участием катехоламинов как локальных нейрогуморальных факторов, обеспечивающих развитие родовой деятельности. Рефлексотерапия увеличивает сократительную деятельность опосредованно через увеличение выброса окситоцина и простагландинов. Сравнительная оценка состояния плода при различных методах возбуждения показала, что рефлексотерапия является более щадящим методом для плода [17].

Обезболивание родов. Несмотря на большой выбор обезболивающих и седативных средств, их применение в родах ограничено из-за ослабления родовой деятельности или из-за их влияния на плод и мать. Поэтому для получения седативного эффекта акушеры воздействуют на корпоральные точки GI 4-хэ-гу, E36 цзу-сань-ли, RP 6 сань-инь-цзяо, VB 3 шан-гуань, VB 2 тин-хуэй и аурикулярную точку AP-58 (матку). В результате снижается реакция на боль, устраняется дискоординация корковой деятельности [10, 20]. Отчетливый обезболивающий эффект в 91,6% случаев обеспечивается с помощью электроакупунктуры в зоне максимальной болезненности на коже передней брюшной стенки и сзади паравертебрально в зонах сегментарной иннервации T10—L5 и при использовании иглорефлексотерапии на точки RP6 сань-инь-цзяо с обеих сторон и седатирование болезненных точек в люмбально-сакральной области [7].

По мнению Н. Н. Расстригина [17] современная анестезиология не имеет ни одного фармакологического препарата для обезболивания в родах, который бы отвечал основным акушерским требованиям. Автор указывает на целесообразность электроакупунктуры в составе общего обезболивания при кесаревом сечении, что позволяет снизить дозу анестетика на 25—30%. Методика ее применения при этой операции разработана А. Ф. Жаркиным и соавт. [10]. Полагают, что филогенетически наиболее древним компонентом противоболевой системы организма является гуморальный компонент, связанный с наличием соединений эндорфинов и энкефалинов. Выработка последних осуществляется в основном в гипоталамусе, обезболивающий эффект возникает в результате увеличения эндорфинов под влиянием рефлексотерапии. Кроме того, серотонин повышает порог болевой чувствительности, а о влиянии рефлексотерапии на уровень серотонина упоминалось выше.

Гипогалактия. У родильниц с гипогалактией имеются более низкие биофизические показатели, а при лечении иглорефлексотерапией вместе с увеличением лактации молока нарастают температура и биоэлектрорепотенциалы в точках молочных желез.

Применяется второй вариант возбуждающего метода (V2) на точки IG1 шао-цзе, G1 цзи-цюань и G1 4 хэ-гу, при котором наблюдается заметное увеличение количества молока. Поскольку недостаточную лактацию связывают с синдромом пустоты печени, рекомендуют тонизировать точки IG1 шао-цзе, G1 цзи-цюань и C7 шэнь-мэнь и прижигать точки F14 ци-мэнь и 17 VC тянь-чжун [7].

Для увеличения лактации молока эффективны электроакупунктура с 4—5-го дня после родов на следующие точки: G14 хэ-гу, IG1 шао-цзе, E36 цзу-сань-ли или GI10 шоу-сань-ли (1-й сеанс); IG2 цань-гу, MC1 тянь-чи, E18 жу-гень и E17 жу-чжун (2-й сеанс); 17 VC тянь-чжун, 12 VC чжун-вань, 6RP сань-инь-цзяо (3-й сеанс); 13E ци-ху, MC1 тянь-чи (4-й сеанс) [9].

Успешно применяется лечение гипогалактии и амбулаторно. При необходимости уменьшить лактацию или прекратить ее (смерть новорожденного) рекомендуется седатировать точки 41 VB цзу-лин-ци, 42 VB ди-у-хуэй, 43V гао-хуан, 49V и-шэ, 50V вэй-цан, 51V хуань-мэнь [7].

Таким образом, иглорефлексотерапия и ее варианты являются перспективным методом лечения и профилактики осложненной беременности и родов. Данный метод позволяет снижать дозы медикаментов или получать необходимый эффект без их применения. Внедрение в практику иглорефлексотерапии зависит от освоения акушерами-гинекологами необходимых теоретических основ этого метода, а также от овладения соответствующими практическими навыками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С., Курский Ш. А. // Акуш. и гин. — 1969. — № 9. — С. 3.
2. Богданкин Н. Г., Посохов И. И. // В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике. — Тез. докл. — Волгоград, 1983.
3. Бочарова И. А., Бочаров В. А. // В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике. — Тез. докл. — Волгоград, 1983.
4. Бурдина Л. И., Вдовин С. В., Соболева Г. А., Филатова Н. С. // В кн.: Труды ВГМИ, 1981. — Т. 34.

5. Вейн А. М. // Нарушение сна и бодрствования. — М., Медицина, 1974.

6. Воронцова Г. М. // Акупунктура в лечении и профилактике нарушений сократительной деятельности матки. — Автореф. докт. дисс. — М., 1982.

7. Гаваа Л. // Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М., Медицина, 1986.

8. Драндоров Г. Я., Быков В. Я. // В кн.: Актуальные вопросы периналогии. — Тезисы I общед. съезда детских врачей Чуваш. АССР. — Чебоксары, 1981.

9. Жаркин А. Ф., Вдовин С. В., Феофанов С. И. // В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике. — Тез. докл. — Волгоград, 1983.

10. Жаркин А. Ф., Фролов М. А., Костенко Г. И., Ткаченко Л. В. // Акуш. и гин. — 1984. — № 8. — С. 39.

11. Козлов Л. А., Добронецкий В. С., Полякова Н. С. // В кн.: Тезисы докладов XIV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, М., 1983.

12. Любимова А. И. // Акуш. и гин. — 1982. — № 12. — С. 31.

13. Махадю С. М. // В кн.: Труды ВГМИ, 1981. — Т. 34.

14. Машковская Л. И., Бабицкая Г. А. // Акуш. и гин. — 1980. — № 2. — С. 16.

15. Михайленко Е. Т. // Слабость родовой деятельности. — Киев, 1978.

16. Петухова О. К. // Акуш. и гин. — 1987. — № 11. — С. 28.

17. Расстригин Н. Н. // Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. — М., Медицина, 1978.

18. Рылькова А. Н. // В кн.: Труды ВГМИ, 1981. — Т. 34.

19. Степанов В. С., Филимонов В. Г., Воронцова Г. М. // Акуш. и гин. — 1984. — № 8. — С. 22.

20. Тькочинская Е. Д. // Современное состояние вопроса о чжень-цзю-терапии. — Л., 1961.

21. Чжань-Чунь, Ромашевский В. К., Белоглазова Л. Н. // В кн.: Труды IV съезда акушеров-гинекологов РСФСР. — М., 1977.

22. Чжэ-янь // Руководство по современной чжень-цзю-терапии. — М., Медгиз, 1959.

23. Ярош С. И. // В кн.: Сборник трудов школы-семинара. — Волгоград, 1983.

24. Bischo J. // Einführung in die Akupunktur Naug, 1976.

Поступила 01.09.88.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 666.5:614.8

И. Н. Сеюков (Бугульма, ТАССР). Профилактика производственного травматизма среди рабочих фарфорового завода

Мы изучили травматизм среди рабочих Бугульминского фарфорового завода за 1982—1987 гг. с учетом условий труда рабочих. К особенностям производства на заводе относится утомительная, однообразная работа на конвейере при высокой температуре.

Завод существует 13 лет. Обращает на себя внимание и молодой возраст рабочих — от 18 до 40 лет.

Производственный травматизм снизился с 1982 г. с 1,9 до 0,8 на 100 работающих в 1987 г., сократилось и среднее пребывание на больничном листе — с 52,3 в 1982 г. до 22,6 на 100 работающих в 1987 г.; наблюдается тенденция к уменьшению частоты тяжелых производственных травм.

Большинство травм возникало во время подготовительных работ — ремонта конвейера, наладки аппаратов, падения тяжелых металлических изделий, падения с высоты, при погрузке и разгрузке, связанных с транспортными средствами. 10% случаев всех травм были вызваны нарушениями техники безопасности, не-